


重要書類 (健診申込み)

 (一財)日本予防医学協会附属診療所

ウェルビーイング博多《予約受付》行

E-mail: q_fcl@jpm1960.org

〒812-0011福岡市博多区博多駅前3-19-5

TEL 092-472-0222 FAX 092-481-3242

※ メールにて送信の際は、個人情報保護のため「jpm1960」のパスワードをおかけください。

事業所名称			
住所			
ご担当者	所属		名前
ご連絡先	電話		FAX
ご加入健保名			保険証記号

	①	②	③	④	⑤	⑥			⑦	⑧	⑨		⑩
	保険番号	漢字氏名	カナ氏名	性別	生年月日	定期健診	生活習慣	ドック	本人・家族	追加項目	受診ご希望日		備考
											第1希望	第2希望	
見本	1	日本 太郎	ニホン タロウ	男	1970/9/1	○			本人 家族	子宮がん検査			※ 問診票送付住所など
1									本人・家族				
2									本人・家族				
3									本人・家族				
4									本人・家族				
5									本人・家族				
6									本人・家族				
7									本人・家族				
8									本人・家族				
9									本人・家族				
10									本人・家族				